



# Fissures anales

Thierry Higuero (Beausoleil), Anne-Laure Tarrerias (Paris)

thierryhiguero@yahoo.fr

## Introduction

***La fissure anale est le deuxième motif de consultation proctologique après la maladie hémorroïdaire [1].***

***Source de douleur anale et quelques fois de rectorragies, il faut savoir la différencier d'une poussée hémorroïdaire par l'interrogatoire et surtout par l'examen clinique.***

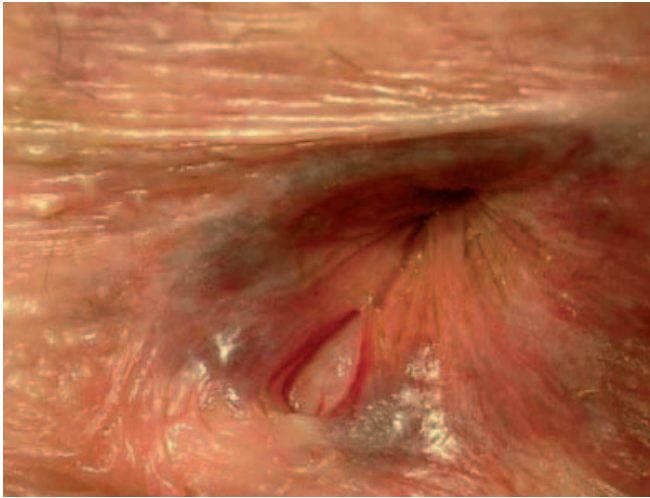
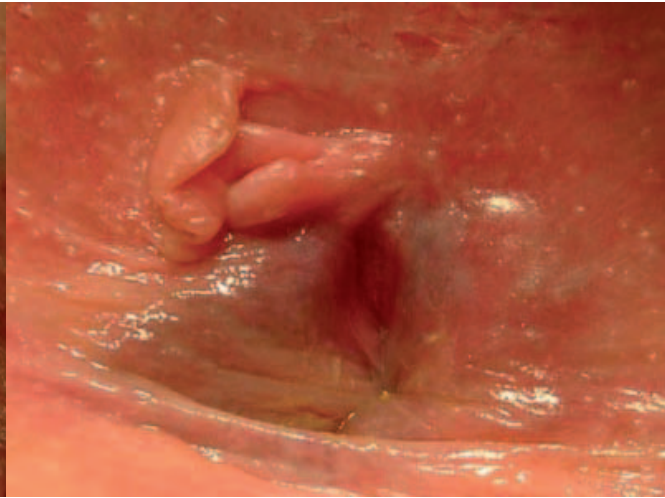
## Sémiologie

**L'interrogatoire : essentiel, permet rapidement d'évoquer le diagnostic :**

- Douleur ou brûlure au passage des selles pouvant persister plusieurs heures après la défécation en est le symptôme le plus évocateur ;
- La douleur dure plusieurs semaines ou plusieurs mois, s'atténuant pour récidiver ;
- La fissure peut être hyperalgique ou asymptomatique en fonction de l'importance de l'hypertonie sphinctérienne ;
- Des rectorragies sont parfois associées.

## Examen proctologique

- L'écartement doux des plis radiés révèle une plaie parallèle aux plis radiés mettant à nu le sphincter interne qui apparaît blanc dans le lit de la fissure ;
- La fissure se situe en antérieur dans 15 % des cas et en postérieur dans 85 % des cas. Elle est parfois bipolaire ;
- Lorsque la fissure devient chronique, elle s'accompagne d'éléments parafissuraires : pseudo-polype pectinéal ou papille hypertrophique, capuchon externe prenant un aspect marisquoïde. Elle est, à ce stade, généralement moins douloureuse car surtout scléreuse ;
- Lorsque la fissure s'infecte, son fond devient rougeâtre et l'infection peut aller jusqu'à la fistule sous-fissuraire parfois favorisée par les injections sous-fissuraires de xylocaïne ou de produits sclérosants (pratiques de plus en plus abandonnées) ;
- L'anuscopie est déconseillée car douloureuse.

*Fissure anale jeune**Fissure anale chronique avec marisque sentinelle*

## Diagnostic différentiel

Toute fissure latérale est suspecte. Il peut s'agir :

- d'un cancer du canal anal : lésion rouge et indurée ;
- d'une fissure hémorroïdaire : elle accompagne généralement les prolapsus hémorroïdaires de stade 4 ;
- d'une maladie infectieuse (cytomégalovirus, chancre syphilitique, tuberculose anale, herpès, donovanose, chancre mou, maladie de Nicolas Favre) à l'origine d'ulcérations parfois profondes du canal anal ;
- d'une maladie de Crohn : ulcérations larges souvent accompagnées de suppurations ;
- d'un prurit anal à l'origine d'excoriations et de raghades (érosions linéaires qui accompagnent souvent les lichenifications périanales et le prurit anal) ou, parfois, de fissures anales vraies cicatrisant avec le traitement du prurit.

## Physiopathologie

La fissure anale a une pathogénie multiple qui fait intervenir un traumatisme initial responsable d'une lésion de type « déchirure » dans les zones de moindre résistance et de moindre vascularisation de l'anoderme. La présence d'une hypertonie anale ralentirait la cicatrisation de la fissure en majorant des phénomènes d'ischémie locale.

## Facteur mécanique

L'événement initial à l'origine d'une déchirure de l'anoderme serait un traumatisme déclenché par l'émission de selles dures et volumineuses ou paradoxalement l'évacuation brutale d'une selle liquide. La douleur, déclenchée ou accentuée par le passage de la selle, peut entraîner une constipation réflexe par crainte de l'exonération ; il s'ensuit un cercle vicieux qui peut empêcher la cicatrisation de la fissure [2].



### *Facteur sphinctérien*

La physiopathologie classique de la fissure anale repose sur l'hypertonie du sphincter anal interne. Elle jouerait un rôle important dans la genèse de la maladie en aggravant l'ischémie. Le stress et la douleur favoriseraient le spasme sphinctérien. Elle jouerait un rôle dans la persistance de la fissure anale chronique.

### *Facteur vasculaire*

Des études ont montré que la répartition du débit sanguin sur la marge anale était inhomogène et qu'il existait une zone d'hypo-vascularisation dans la zone postérieure, là où siègent 90 % des fissures [3].

## Les examens complémentaires

En cas de rectorragies, la présence d'une fissure ne doit pas empêcher le dépistage endoscopique des lésions colorectales, en particulier les polypes et les cancers. Les recommandations pour la pratique clinique doivent être suivies qu'il y ait ou non lésion proctologique.

## Traitement médical de première intention

### La régularisation du transit

Il faut ramollir les selles par des mesures hygiéno-diététiques (alimentation riche en fibres) et des laxatifs doux (mucilages, PEG, paraffine).

C'est la partie essentielle du traitement qu'il faut poursuivre pour aider la cicatrisation et éviter la récurrence.

La constipation terminale est très souvent associée tant que la fissure persiste. Elle peut aussi être à l'origine de la fissure par le biais des exonérations fractionnées et de la persistance de selles dans le canal anal. Si la constipation terminale persiste après cicatrisation de la fissure, il convient de la prendre en charge par biofeedback (rééducation anale faite par des kinésithérapeutes spécialisés).

### Les topiques locaux

- Les topiques cicatrisants à base de vitamines accéléreraient l'épidermisation mais aucune étude n'a prouvé leur supériorité par rapport à un simple lubrifiant ;
- Les suppositoires lubrifiant le canal anal aident au passage des selles ;
- On associe souvent suppositoires et topiques.

### Les antalgiques

AINS, paracétamol, voire tramadol permettent de soulager rapidement le patient.

L'association de ces divers traitements et la régularisation du transit pendant 3 semaines permettraient la cicatrisation de 30 à 50 % des fissures anales [4] avec cependant un risque élevé de récurrence si la cause (telle que l'hypertonie anale) persiste ou en cas d'arrêt prématuré du traitement laxatif.



## Traitements locaux relâchant le sphincter interne

Dans le cadre d'études cliniques, certains traitements locaux induisant une relaxation transitoire du sphincter interne, et probablement par ce biais une meilleure vascularisation du canal anal, ont été utilisés : dérivés nitrés, en application locale d'une pommade à 0,2 % deux fois par jour, inhibiteurs calciques (nifédipine en application locale à 2 %) et toxine botulique A. Leur efficacité est souvent transitoire et leurs effets indésirables (et le prix pour la toxine botulique) non négligeables. Une méta-analyse des traitements, tous stades confondus, constate cependant la très modeste efficacité de ces molécules (versus placebo) et leur infériorité par rapport à la chirurgie [5], y compris concernant la toxine botulique [16]. Actuellement, aucun de ces traitements n'a d'AMM.

## Les traitements chirurgicaux

La chirurgie occupe une place importante dans la prise en charge de la fissure. Elle doit être proposée en cas de fissure chronique ou compliquée, et est également parfois nécessaire dès le stade aigu lorsque les douleurs persistent de façon importante ou répétée malgré le traitement médicamenteux.

### La fissurectomie

La fissurectomie est largement pratiquée en France [4]. La réalisation systématique d'une sphinctérotomie associée est aujourd'hui peu à peu abandonnée.

La fissurectomie consiste à réséquer la fissure et ses annexes (marisque, papille hypertrophique), remplaçant une plaie de mauvaise qualité qui ne cicatrise pas par une plaie qui cicatrisera. Afin de réduire la taille de la plaie opératoire, certains auteurs ont proposé d'associer la fissurectomie à une anoplastie muqueuse lorsque la fissure est postérieure. Une récente évaluation multicentrique française portant sur 247 patients opérés de fissurectomie avec ou sans anoplastie et suivis un an permet de constater la guérison de tous les patients en 6 semaines en moyenne, 8 semaines si fissurectomie seule [7]. La fissurectomie permet l'analyse histologique de la fissure et de ses annexes et est le seul traitement d'une fissure infectée.

On peut associer un geste d'hémorroïdectomie pour les fissures accompagnées d'un paquet hémorroïdaire qui s'extériorise, car laisser en place ce paquet aboutit à une plaie le plus souvent mal drainée, source de douleur et de retard de cicatrisation. Parfois, l'hémorroïdectomie complète selon la technique de Milligan et Morgan devient nécessaire si le patient souffre d'un prolapsus de stade 4.

### La sphinctérotomie

La sphinctérotomie latérale est le « gold standard » des pratiques chirurgicales anglo-saxonnes [8]. Le geste consiste en la section partielle du sphincter interne à distance de la fissure pour lever le spasme du sphincter interne et permettant la guérison de la fissure laissée en place dans 96 à 100 %. Cette technique, simple et rapide, permet de laisser une plaie minime qui se ferme en quelques jours. Cependant, elle peut entraîner la survenue de troubles de la continence dans 3 % à 45 % des cas [9]. Cet inconvénient semble proportionnel à la hauteur de la sphinctérotomie [10]. Elle est habituellement postopératoire immédiate et régresse avec le suivi mais il persiste 5 % d'incontinence modérée à sévère à distance du geste [9]. La sphinctérotomie est déconseillée en l'absence d'hypertonie et en post partum.



## Cas particulier de la grossesse et du post partum

Dans ce cas, la fissure anale est généralement liée à la constipation et à l'imprégnation hormonale qui ne favorisent pas la cicatrisation (augmentation du cortisol). Il n'y a généralement pas d'hypertonie anale. Le traitement est essentiellement médical avec topiques locaux et laxatifs. Il faut respecter les contre indications des antalgiques et ne pas prescrire d'AINS pendant le dernier trimestre de la grossesse.

En post partum, la fissure anale peut être évitée par l'utilisation précoce des laxatifs.

## Conclusion

La fissure anale réalise une ulcération douloureuse en règle associée à une hypertonie du sphincter interne. Si la majorité des fissures anales aiguës cicatrisent spontanément ou avec un traitement conservateur associant antalgiques, régulateurs du transit et topiques locaux ; certaines d'entre elles deviennent chroniques. La fissurectomie (avec ou sans anoplastie) et la sphinctérotomie latérale sont deux techniques chirurgicales efficaces.

## Références

1. Denis J, Allaert FA, Nuris E. Enquête 4P : prévalence de la pathologie proctologique en pratique de gastro-entérologue. *La Lettre de l'Hépatogastro-entérologue* 2002;5(V):260-2.
2. Lund JN, Scholefield JH. Aetiology and treatment of anal fissure. *The British Journal of Surgery* 1996;83:1335-44.
3. Lund JN, Binch C, McGrath J, Sparrow RA, Scholefield JH. Topographical distribution of blood supply to the anal canal. *The British Journal of Surgery* 1999;86:496-8.
4. Pigot F, Siproudhis L, Senejoux A, et al. Fissure anale enquête de pratique diagnostique et thérapeutique en France. *Colon Rectum* 2007;2:Suppl 1.
5. Nelson R. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane database of systematic reviews* 2006:CD003431.
6. Shao WJ, Li GC, Zhang ZK. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing botulinum toxin injection with lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure. *International Journal of Colorectal Disease* 2009;24:995-1000.
7. Abramowitz L, Bouchard D, Souffran M, et al. One year outcome of fissurectomy. A prospective multicenter study. *ASCRS Philadelphie (poster)* 2010.
8. Nelson RL. Operative procedures for fissure in ano. *Cochrane database of systematic reviews* 2010:CD002199.
9. Nyam DC, Pemberton JH. Long-term results of lateral internal sphincterotomy for chronic anal fissure with particular reference to incidence of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2009;42:1306-10.
10. Menten BB, Ege B, Leventoglu S, Oguz M, Karadag A. Extent of lateral internal sphincterotomy: up to the dentate line or up to the fissure apex? *Dis Colon Rectum*